

英国の医療制度の機構改革と  
病院ソーシャルワークの体系

中  
村  
永  
司



## 一、英国の医療制度

### 1 国民保健サービスの成立と機構改革への経緯

英国の国民保健サービスは、すべての国民に最新、最善の医療を平等に与えることを基本精神にして、一九四六年一月国民保健サービス法 (National Health Act 1946) は議會を通過し、一九四八年七月に施行され、英国の医療は国有化された。以来英国国民は当時最も精巧で包括的な保健サービスを享受することができ、必要に応じて保健サービスの恩恵に浴することができるようになった。同法は単に疾病の治療だけでなく、健康の増進と維持に役立ち、医学的処置に加えて補助的なケアーや助言的機能を合せもったサービスを無料で施し、野心的で広範な保健計画を実施するものであった。<sup>(1)</sup> 国民保健サービスには二つの主要な原理が内包されていた。すなわち一つは保健サービスは人々が病気に陥った場合に、支払われる料金によるよりも、租税と健康時に支払った拠出保健料のストックによる資金によって賄われ、疾病時の財政的負担はコミュニティ及び国家に拡大され、均質の保健サービスが全国的なレベルで供給されるようになったこと。二つには国民保健による医療費の支弁方法を国家的サービスでカバーするようになったことである。<sup>(2)</sup> この二つの原理は疾病という「リスクは市民全体で共同化」することによって、健康保険制度下の、例えば医師の所得が、処方する治療の質と量によって影響されるような報酬制度や疾病を個人的責任に帰して、医療を商品化する弊害を除去するものであった。

しかし「あらゆる人を対象にする医療の供給」を目的とした保健サービス制度は、諸外国及びわが国で評価されるように英国では決して画期的なものではなく、斬新的なものでもなかった。なぜならこの保健、医療の国有化政策に

よる保健サービスの体制は、管理行政上の措置や建物などが古い基礎の上に成立し、既存の医療体質をそのまま編入し、さらに国民保健サービスの機構内に、地方病院局と病院運営委員会を設置したが、地方病院局の管轄区分は第二次大戦中の緊急医療サービスのブロック区分をそのまま継承しており、また国民保健サービスの地方計画の素地は、第二次大戦の緊急医療サービスの供給体制の病院管轄図に依拠していたからである。国民保健サービスの成立素地は「英国の病院計画一九三九」「戦後社会の包括的病院サービスの実現一九四一」「政府による保健サービスの組織化―医師会、王立協会の医療計画委員会の間報告一九四二」「ベヴァリッジ報告―全国民を対象とする保健サービスの勧告一九四二」「全国民対象の無料医療サービスの白書一九四二」「市民の医療―政治経済計画研究所発行一九四三」など一連の医療行政の計画、改革の中に連綿と受けつがれ、国民保健サービス成立の要件がすでに内包されていた。このように国民保健サービスの成立の背景には、英国固有の社会福祉的伝統に培われた価値観と哲理が、医療ニーズに呼応して具現したものと解せられる。

国民保健サービスに関する行政責任所管は、保健省 (Ministry of Health) ただし一九六八年十一月に保健社会保障者 Department of Health and Social Security に改称) であるが、保健担当大臣は国民保健サービスの立案、変更、実施などについての諮問機関として、中央保健サービス審議会 (Central Health Service Council) を設置し、審議会委員を保健担当大臣の任命により、王立医学研究教育機関の代表者、医師、看護婦、薬剤師、助産婦、病院管理者、地方保健行政官などに委嘱して業務の推進を計った。<sup>(4)</sup> この中央行政機構のもとで、イングランドとウェールズを一五地区に区分して、各地区に地方病院局 (Regional Health Board) を配し、その下部組織に病院運営委員会 (Hospital Management Committee) 主に一般病院の運営管理) を置き、管理委員会 (Bords of Governors) 主に教育病院の運営管理) と共に、もっぱら病院及び専門医のサービスの管理を行った。病院サービス機構とは別に、歯科、薬剤、

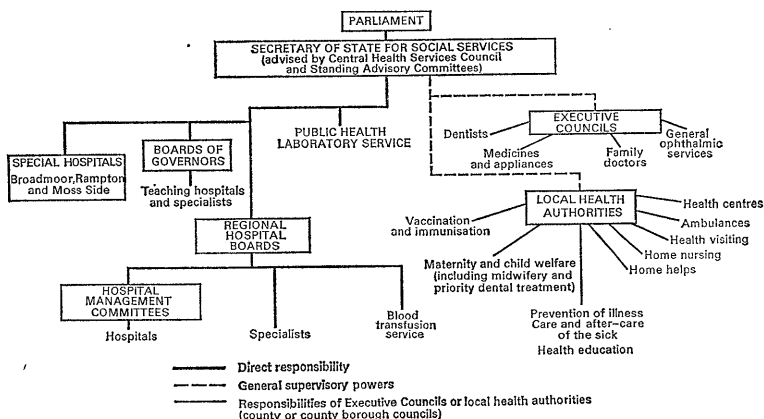


CHART 1 Structure of the National Health Service, 1948

*Penelope Hall's Social Services of England and Wales*

眼鏡サービスを含めた一般開業医サービスは、保健省直属の執行理事會 (Executive Council) が所管し運営した。一般開業医は執行理事會を通して医療開業委員会に登録され、一般開業医の地域的配分を勸案の上許可される。

地方保健サービスは地方自治体 (Local Health Authority) レベルで提供され、対環境的サービスとは別に対人保健サービスを設置し、対人保健サービスとして、母子福祉、救急サービス、家族計画、ヘルスセンター、訪問看護及び助産、病気の予防、アフターケアなどの医学的、看護的業務を包括していた。<sup>(5)</sup>

このように国民保健サービスは医学的治療に加えて、公共的及び環境的保健サービスを合せもった包括的な保健的ニーズを満たし、その機構も国民に等質の保健サービスを供給することを主旨にして、国民保健サービス法という一本化した法制度のもとで実施されたのである。地域住民にとって国民保健サービスは、病院サービス、一般開業医サービス、地方保健サービスという三つの形態をもって提供され、これら三者は本来、相互補完的に住民の医療ニーズを充足するものであって、自己完結的な存在として機能するものではなかった。ところが実際にはこれらの三者の協調は非常にむずかしく、殊に一般開業医

と病院専門医の連携は増々困難になっていった。<sup>(6)</sup>それは医学の進歩にともなう、病院専門医の地位や待遇が向上するのとは逆に、一般開業医の専門性が稀薄になり、その地位も相対的に低下し、報酬にも格差が生じるようになってきた。<sup>(7)</sup>また一般開業医は地域の患者を病院の専門医に送りがらず、患者に適切な医療を供給する使命も忘れがちになっていった。しかしなによりも「国民保健サービス法一九四六」の危機を招来させた根本原因は、その管理機構の複雑さにあったと考えられる。すなわち保健サービスの三部門構造は、性格の異なる理事会や委員会に制御されることによって、保健サービスの重複及び分断がみられ、包括的で有効なサービスを提供し、維持していく基盤に大きなき裂を生じさせたからである。つまり病院サービスは既述したように、保健担当大臣から直接任命された委員によって、一五の地方病院局が計画、管理し、実際の日常業務はこれも任命された委員による三三〇からなる病院運営委員会の掌中であつた。一方地方自治体は対環境サービスとして予防的保健サービス、対人保健サービスとして在宅サービスの両者を含めて広範なコミュニティサービスの普及に責任を負わされていたが、そこで機能する医療保健専門官(Medical Officer of Health)は、資源をめぐって教育や福祉サービスの専門官、あるいは住宅専門官と競い合わなければならなかつた。また一般開業医は一三四の地域執行理事によって、地域によってバラバラに管理され、統一的な管理体制に欠けていた。

財政措置に関しても、病院サービスの費用が本省(D. H. S.)から賄われるのに対して、コミュニティサービスは地方自治体から出支され、一般開業医サービスは別の基金から出されるという状況であつた。明らかに多様な責任主体によって、効果的かつ一貫的なサービスの合同計画を損ね、資源や意志伝達の柔軟な活用を困難にしていた。特に一般開業医と病院専門医の協力はほとんど不可能であり、その結果特に老人病患者及び慢性疾患患者に対する医療サービスは非常に悪化した。<sup>(8)</sup>また保健サービス資源の配分に関しても合理的、客観的な最良の方法でもって賄われたの

でなく、かなり偶然の所産によるものであったと指摘されている。<sup>(9)</sup>

国民保健サービス機構に欠けていたものは、地域のニーズと資源配分の優先順位との合理的なバランスを計り、保健サービスの計画及び提供に役立つ、特定の部局がなかったことである。かくして国民保健サービスの管理機構の統一に関する政府見解「医療及び関連サービスの管理機構についての緑書」(The Green Paper on The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England & Wales 1968) が発表され、続いて「国民保健サービスの将来像」(The Future Structure of the National Health Service 1970) が保健社会保障省より出され、国民保健サービスの複雑な管理機構を克服し、地域住民へのサービスの欠陥を是正するために、一つの機構に統一していく機運が生じたのである。

## 2 国民保健サービスの機構改革の素描

国民保健サービス機構の統合化に関する動向は、先述した一九六八年と一九七〇年の二度にわたる緑書によって政府見解が公表され、公開討議に附された後、保守党が政権を獲得した一九七二年に、「国民保健サービスの機構改革白書・イングランド」(A White Paper National Health Reorganization: England 1972) が発表された。この白書の主要なねらいは次の四項目に集約される。

① 国民保健サービスの単一化。同一の保健社会保障省内にある異なる部所及びバラバラなサービスを地方レベルで統合すること。

② 国民保健サービスと地方自治体から提供される公共保健サービスや社会サービスとの密接な連携を打ち立てるこ

と。

③ 強力な住民の地域参加と専門家の参加にともなう地域保健局 (Area Health Authority) に、国家計画や優先権をもち得る国民保健サービスの運営管理の責任を最大限委譲すること。

④ サービスに使われる財政を効果的に中央管理に附し、最大限の価値がそこから得られるように保証すること。<sup>(10)</sup>

以上のごとく白書の主旨は国民保健サービスの管理機構の一本化と運営の効率化、能率化を計り、地域の保健ニーズを積極的に吸収していく体制を組みこもうとした。かくして国民保健サービス改革法は一九七三年に議會を通過し、一九七四年四月に実施に移された。中央責任所管は社会サービス國務大臣 (Secretary of State for Social Services) と保健社会保障省 (Department of Health and Social Security) である。その他保健社会保障省以外、保健サービスの効果的な組織を二つの地域レベル——地方 (region) と地域 (aria)——で管理する体制を整えた。すなわち地方には地方保健局 (Regional Health Authority) を置き、地域には地域保健局 (Area Health Authority) を配置し、地域レベルでの管理機構を整備した。中央省庁及び地方当局の機能と役割は次の通りである。

まず社会保障省 (D. H. S.) の機能を羅列すると①地方及び地域に提供されるサービスの種類、規模、均衡を決定すること。そのための地方計画指標として、長期目標、優先順位などを開発しなければならない。②地方保健局を指導し、支援し、当局に必要な資源を利用できるように配分すること。③人員、財政、土地建物に関して専門家の能力を結集させること。④調査の遂行及び国家的統計の準備。⑤議會と國務担当大臣の公共的義務を補佐することなどである。



# *The National Health Service*



**MAP 1** RHAs and AHAs in England and Wales.

Consumers Guide to the British Social Services

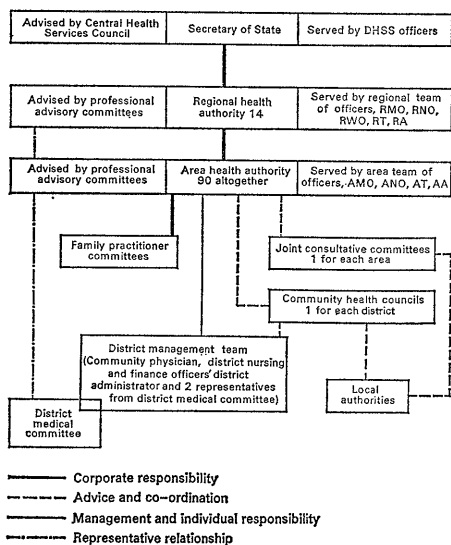


CHART 2 Structure of the National Health Service, 1974

A = administrator  
MO = medical officer  
NO = nursing officer

T = treasurer  
WO = works officer

#### Penelope Hall's Social Services of England and Wales

つては、旅費、その他の費用を請求できるのは十五人に限られ、他は支払われない。議長にはパートタイム給が支払われる程度である。地域保健局 (A. H. A. S) のニーズを吟味し、戦略的な計画と資源の優先権を決定することにある。そして地方 (region) の新病院計画や他の保健建造物の建築計画について責任を負っている。その他専門医サービスの全般的な地方計画の開発や卒前、卒後の医学教育、研究を援助するために医科、歯科大学に関連をもち、同時に国及び地方で行われる保健計画や政策が地方自治体と調整がとれているかどうか確認する。

地域保健局 (A. H. A) はイングランドでは九〇地区に分轄され、地方自治体の地域区分と一致する。地域の人

口規模は二五万〜一〇〇万を擁し、人口の過密地域としてロンドン特別区を含みかなりランダムな人口比率を示している。保健局の構成員はいずれも一五名で、議長は地方保健局 (R. H. A.) の承認のもとで国務担当大臣より任命され、その他の職員は地方自治体と地方保健局より指名された医師、看護婦によって構成されている。地域保健局は新しい組織体系で最下位の法的当局 (Authority) である。地域保健局は「地区 (district) 内のコミュニティのニーズを満たすべく計画された包括的保健サービスを供給することによって、国家的な保健ケヤーの目的を達成すること」に責任をもっている。このように地域保健局は地域のニーズを査定し、保健サービスの立案、組織化、運営管理に全責任を負っている。地域保健局の最大の責任は、保健サービスと地方自治体の対個人社会サービスとを調整、調和させることにある。地方自治体 (Local Authority) は保健訪問、家庭看護、病人や老人に対するホームヘルプあるいは種痘、予防注射などの計画、管理を行っているが、特に老人や心身障害者、精神病患者の処遇には、地域保健局と共同してサービスを提供するよう要請されている。すなわち新しい組織体制では、地域保健局の法的責任は、地方自治体当局と協議してサービスの計画、改善を実施し、病人の福祉に対して自治体の対個人サービスと調和させることにある。

日常の保健サービスの運営に関しては、地方運営チーム (District Management Team) に委ねられている。なぜなら保健サービスの日常的な遂行は、地域住民の居住する地区 (district) を基盤にして展開され、その地区は保健サービスの計画や提供を通して、自然のコミュニティの形成に至ると思われるからである。地区は専門職の代表組織 (地域保健医、看護官、行政官、財務官) が効果的に機能するのに適した規模であり、人口一五万〜三〇万を包摂し、地区一般病院 (district general hospital) を配している。さらに地区は病院、母子福祉、診療所、家庭看護、学校保健サービスなどの各種のサービスの提供者でもある。地区レベルで他に重要な機能を果す組織として、コミュニティ

ティ保健協議会 (Community Health Council) がある。保健サービス利用者の見解を表明する機関であって、地区のサービス内容に関して情報を入手する機能を有し、病院やその他の保健機関を検査する権限を持っている。当協議会は地区運営チームと地域保健局とに密接な連携をとり、特に病院の閉鎖のような地区保健サービスに直接関係のある措置については、事前に審議する権限をも有する。さらに利用者の立場から、保健サービスの供給に関するコメントを含めた年報の発行を行う。このように当協議会は、個別的な患者の苦情を処理しながら、保健サービスの供給体制に利用患者を包含して積極的な活動を展開している。委員の構成は半数が地方自治体から任命され、残りの三分の一は民間団体から指名される。他は地域保健局から選出され、総員二〇〇三〇名の構成員であって原則として無給である。

その他地域保健局直属の委員会として、家庭医委員会 (Family Practioner Committee) がある。当委員会是一般開業医サービス (歯科医、眼科医、薬剤師、家庭医を含む) の運営管理の責任を負う。一般開業医は国民保健サービスにとって独立した契約者であり、その契約を管理するために地域保健局は、当委員会を設置した。当委員会の業務は医師達との契約の締結、報酬体系などの管理を執行すると同時に、利用者側の立場に立って医師の提供するサービスの質に対する不平を処理する。<sup>(19)</sup>

かくして国民保健サービスの行政機構は、包括的な保健サービスを供給することを目的として、国家的な保健サービスの目標達成のために、地域保健局とその下部組織に地域保健局を設置し、それぞれの組織に権限の委譲を行ってきたが、その機構の最大の目的は国家保健計画や基準の達成度を測定することにあった。すなわち「保健、社会保障省 (D. H. S. S.) による国家的戦略計画と監視、地方当局 (L.A.) による地方的計画と運営の一般の監督、そして共通の所管事項をもつ地方当局と調整を計りつつ、地域保健局による地域計画と運営取締りが行われる」ことによつ<sup>(20)</sup>

て、保健サービスの体系的効果の達成をねらったのである。

なお国民保健サービスの運営にあたって、専門家の意見を反映させるための諮問機関が設置され、サービスに対する広範な問題について助言がなされている。社会サービス国務大臣と保健社会保障省に対して中央保健サービス審議会 (Central Health Service Council) が対応し、地方保健局には地方医療諮問委員会 (Regional Medical Advisory Council) が対応し、地方保健局には地方医療諮問委員会 (Regional Medical Advisory Committee) が対応する。さらに地域保健局に対して地域医療諮問委員会 (Area Medical Advisory Committee) があり、地区運営医療諮問委員会 (District Medical Advisory Committee) がある。このようにそれぞれの機構及び地区レベルで、保健専門家が国民保健サービスの計画や運営、実施について有効な発言権を行使している。

さてこの国民保健サービスの評価であるが、再組織化された当初においては、かなり消極的な論評がなされていた。その論旨は次の通りである。①理論過剰の運営管理アプローチがなされ、扱いにくく同時に不明瞭かつ矛盾した機構を作り出した。②非民主的で多大の権力が専門家の掌中にあり、統合化されたサービスの達成は失敗に終わった。③レベルの異なった保健サービスの運営と計画に対して、長い伝統をもったサービスに関する効果を、数年間で検証しようとしても不可能であり、混乱が生じる。④国民保健サービスの運営に関して、古い機構と新しい機構のなんらかの妥協は、再組織化されたサービスが調子に乗るまで続くであろうが、真の怖れは新しい機構の過剰な官僚主義化などである。<sup>(64)</sup>

特に中央政府の管理が強められることによって、国民保健サービスの民主的要素が、減少していくのではないかという危惧がみられる。このような当初の批判に対して、現時では、その機構及び運営管理の効率性と能率性の観点から次のような積極的な評価が得られている。①地方、地域、地区の三層による統合化された一貫した運営は、病院や

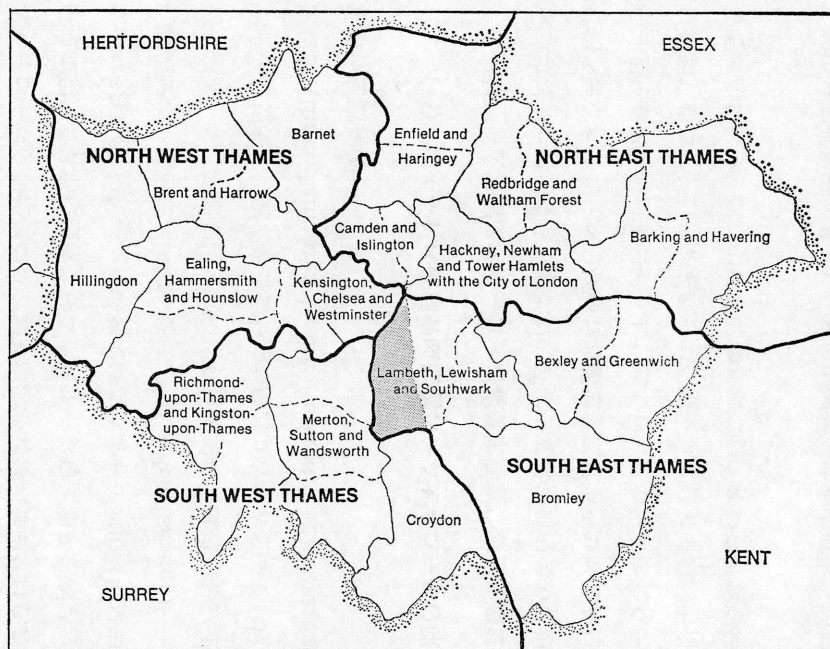
コミュニティサービス、利用者のニーズの間で医療資源の配分を円滑にした。とくに地方自治体の社会サービスとの協力により、精神病患者、精神身体障害者、老令者、児童のサービスが最優先された。②そのため急性疾患に対する支出の伸びは、保健サービス全体の伸びより低くなった。在院日数の短縮化や訪問看護や昼間保護などの地域ケアの強化により、不要な入院を減少させることによって、急性疾患サービスの余地の拡大と医療資源の確保がなされた。③保健サービス機構の統合化で、資金配分が合理化され、予算配分は地域、地区の人口規模に従って、サービスの利用状況、死亡率の差異を考慮して決められるようになった。<sup>(45)</sup>

機構再編成の当初にみられた懸念の答えは得られていないが、保健サービスの地理的格差の是正や、資源の優先順位の決定方法には格段の進歩がみられ、特にコミュニティサービスが強化され、いかなる場所においても均質なサービスが受けられるようになった。さらに評価に値するものは国民保健サービスにおける保健医療費の国民総生産に占める割合が、国際的にみてかなり低くおさえられており、わが国のような保険財政方式による莫大な累積赤字をかかえた現状に比べて、より経済的であることが明らかにされた。しかしこのような保健サービス機構が、縦割型の管理体系をとれば、中央省庁の影響が当然強くなり、中央集権的な体制を生み、同時に組織の官僚化は、機構再編成の当初に指摘されたように増々強化される傾向は否めない事実である。

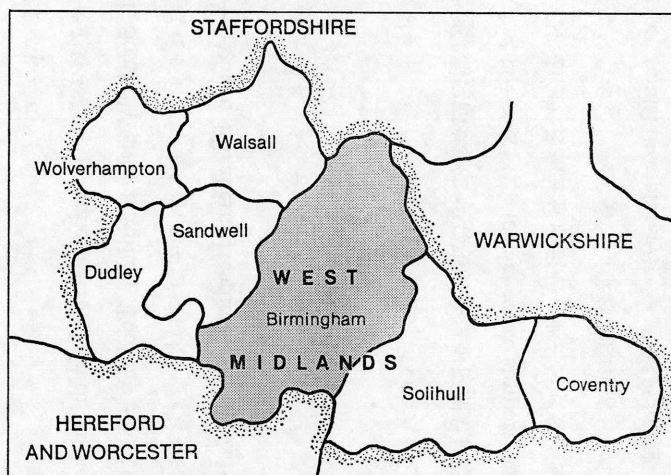
## 二、病院ソーシャルワークの体系

### 1 病院ソーシャルワークの組織と機能

英国の病院ソーシャルワークの組織及び機能について論じるには、病院ソーシャルワークが現実展開されている地域及び地区 (area and district)、その区域内にある病院の具体的な組織や機構を実際にみることににより、病院ソ―



MAP 2 RHAs and AHAs in Greater London



MAP 3 AHAs in the West Midlands

Consumers Guide to the British Social Services

シャルワークの全体像及び実態が敷衍されると考え、二つの地域とそこに位置づけられている病院を抽出してみた。その目的はわが国の医療ソーシャルワークの課題や位置づけを検討する上で、英国の病院ソーシャルワークの現状を知ることに、多くの示唆と素材を与えられるように思われたからである。

対象になる病院はロンドン特別区 (London Borough) のラムベス地域保健局 (Lambeth Area Health Authority) 内の聖トーマス保健地区にある三つの病院——St Thomas Hospital, South Western Hospital, Tooting Bec Hospital——の組織及び機能を概観する。他はロンドンから車で二時間離れたウェスミッドランド地方のバーミンガム地域保健局 (Birmingham Area Health Authority) 内にある基幹病院——Queen Elizabeth Hospital——をサンプリングして概説する。

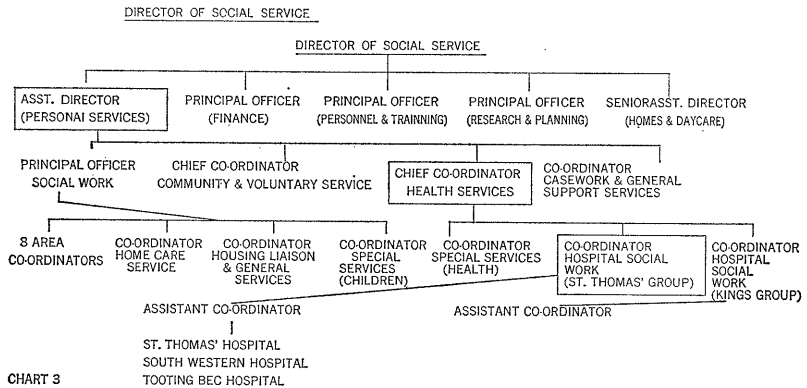
### (1) 聖トーマス保健地区病院ソーシャルワークの実態

一九七四年の国民保健サービスの機構再編時、病院組織はソーシャルサービスを完全に統合するのに、かなり時間を要したようであるが、現在では地方自治体のほとんどの法的責任を病院で引き受けられる段階にまで至っている。病院ソーシャルワークの主要な目的は、保健サービスの中にソーシャルワークの支援 (social work support) 体制を効率的に編入することにあった。従って病院ソーシャルワークは、地方自治体の提供する対個人サービスの下部組織に位置づけられ、地方自治体の社会サービスの大半の責任を担わされているのであるが、日常の業務においては特殊専門病院や病室、病棟との関わりにおいて、多くの学問領域にわたる (multi-disciplinary) 枠組の中で機能している。

さらに病院ソーシャルワークの配置は、各種一般及び専門病院に置かれているだけでなく、同一の病院内にも多く



LONDON BOROUGH OF LAMBETH



のワーカーが配置されている。またソーシャルワーカーの活動範囲も原則として地理的に規定された聖トーマス保健地区の住民に限られている。

しかし聖トーマス病院保健地区は医学教育地区でもあるため、国内は及ばず海外から多くの患者を収容し、これらの人々はランベス地域に住む住民と同じサービスを受ける資格があり、そのためソーシャルワーカーは全国にわたる多様な連絡、調整に追われている。

聖トーマス保健地区における病院ソーシャルワーク部は、それぞれチームを編成し、聖トーマス病院に四チーム、サウス・ウエスト病院、ツーティング・ベック病院に一チームずつ配置されている。チームの配置は図示した通りであるが、主要な責任を負わされている者は次の三者である。

。病院ソーシャルワーク調整官(Hospital Social Work Co-ordinator) 病院ソーシャルワークの調整官は、聖トーマス保健地区の病院におけるソーシャルワークサービスの開発、管理、組織に責任を負い、直接には図3にみられる保健サービスの主任調整官(Chief Co-ordinator)に責任を負っている。また病院ソーシャルワーク調整官は、国民保健サービスの所有している建物、備品及びソーシャルワーク部に

CHART 4

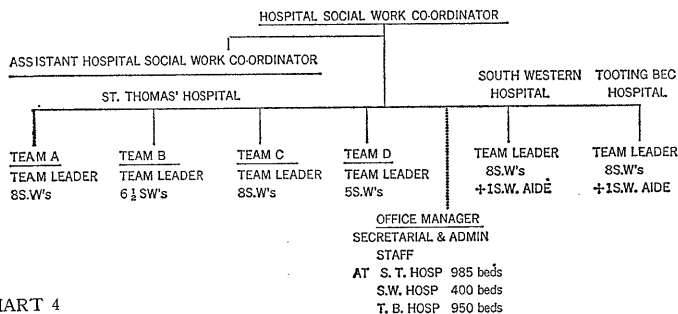


CHART 4

属している行政職員や事務職員の指導監督にも当たる。さらに調整官は聖トーマス病院、命の電話基金 (Samaritan Fund) の管理、運営の責任が託されている。

・病院ソーシャルワーク調整官補佐 (Assistant Hospital Social Work Coordinator)

病院ソーシャルワーク調整官補佐の役割は、ソーシャルワーク部全体の管理運営の援助とその代行にある。さらに実習学生の指導や職員の訓練教育の責任を果す。また病院と地方自治体社会サービス部局長との連携を深めるよう要請されている。

・ティームリーダー (Team Leaders)

ティームリーダーはスーパーヴィジョン、相談、ティーム会議などティームの管理運営に全責任を負う。彼らはティーム全体で仕事をしたり、医療計画を実行する場合、医療スタッフや看護婦などに連絡、調整を計り、協力を求める立場にある。この地区には六人のティームリーダーが配属されており、聖トーマス病院に四名、サウス ウェスト病院及びツートンベック病院にそれぞれ一名置かれている。

(イ) 聖トーマス病院ティームグループの特徴

聖トーマス病院は篤志病院 (voluntary hospital) として、一二〇七年に開設

され、現在緊急治療サービスを提供する基幹病院として機能し、九八五床保有している。ソーシャルワーク部は四チームより構成され、総数二七名のソーシャルワーカーが各診療部門に配置されている。

#### 。A ティーム

八名のソーシャルワーカーが配属され、六診療部門に一、二名のワーカーが配置されている。

#### 。産婦人科 (Mothercraft and Gynaecology)

二名のソーシャルワーカーが配置され、五名の医師と共に働き、一五六ベッドと特別看護乳児ユニットを受けもたれている。産科での業務は単身妊産婦の将来設計、例えば福祉の諸権利の説明、退院後の住居問題などの建設的な将来計画を具体的に立てるための援助を提供する。当科での援助ケースはもっぱら短期的な問題が多い。婦人科患者の問題の性格は単純な助言から、病気や悪性疾患を伴う複雑な問題にわたって、かなり広範な問題領域を扱う。また堕胎カウンセリングも受けている。ケースによってはワーカーと適当な接触の後、地域や特別サービス機関に移送される場合もある。

#### 。小児科 (Paediatrics)

ソーシャルワークの業務を列記すると①子供の病気に関して両親と子供にカウンセリングと支持を与える。②予期される傷病及び養育の失敗に関する注意や心構えを養うように指導する。③福祉の諸権利、住宅、社会保障省から支給される諸手当、保育所の申請などの助言、④特殊教育を要するような特別のニーズをもつ子供達に対する外部機関への連絡、⑤全入院児に支援サービスを施し、退院及び他機関へ移送された後も密接な関係を維持し、得られた情報を医師、看護婦にフィードバックするよう要請されている。

#### 。児童・家族精神科 (Child and Family Psychiatry)

二名のソーシャルワーカーが配置され、定期的な家庭訪問がなされている。ワーカーは週四日間半日、外来患者クリニックを援助する。また児童精神科デホスピタルに出向く、そこで児童の処遇をめぐる定期的に開催される、各種の学問領域にわたるスタッフ会議に出席するよう義務づけられている。検討される課題は、児童の精神病理学的問題の全領域を網羅し、児童の中には観察と治療のため入院させられたり、個別の治療あるいは集団治療活動に通わされるなどの治療方針が出される。ソーシャルワーカーは基本的に児童と両親との相互関係に焦点をあてて処遇するよう要請されているが、その方法は個別的ケースワークと児童及び夫婦間ケースワークとが別々に、あるいは並行的に行なわれるよう試行されている。

#### 。性病科 (Lydia Clinic)

性的伝染疾患の治療や発見に関して、ソーシャルワーカーは実際ので情緒的な支援を行いながら、家族計画、妊娠、同性愛について患者に助言する。同時に感染経路を追求し感染母体を断つ働きもする。

#### 。内科ユニット及び内分泌科 血液科 (Medical Unit, Endocrine, Haematology)

一名のソーシャルワーカーが五病室と三クリニックをともなったユニットに配属されている。これは多様な疾病に苦しむ患者に対する一般医学的業務に伴う仕事である。内分泌疾患をもつ患者に対するワーカーの配慮は、適当な助言と支援をともなうものであり、また血液疾患患者には長期的なカウンセリングと実践的な支援サービス (support services) を要求される。

#### 。B テーム

六名の常勤ソーシャルワーカーと一名の非常勤ワーカーより構成され、主に外科疾患患者の処遇を中心にして末期患者に対して、特別な措置を講じるため十分に配慮された他職種との協同の援助体制がとられている。

。整形外科、皮膚科 (Arthopaedic, Skin)

患者は多様な医学的、社会的問題を医師及びソーシャルワーカーに表明する。例えば骨折、関節炎、産業災害、悪性疾患、接合移植などの処置にあたって、積極的な支援が要求される。疾病の長期化と患者のおかれている環境によって、包括的な退院計画を立てねばならないし、また長期間の再発皮膚疾患、例えば乾癬湿疹などは英国特有の降雪要因による情緒的ストレスに関わった疾患とみなされ、その疾患の診断援助と具体的な対応がせまられる。

。内科、外科病棟 (Medical and Surgical Firms)

二名のソーシャルワーカーによって受けもたれている。内科病棟に所属するワーカーは広い範囲の社会的な問題を扱い、例えばアルコール中毒放浪患者や老人、予後の悪質な長期疾患にともなう各種の問題に対応するよう要請されている。また外科病棟のワーカーは循環器疾患や整復術、一般外科にいる患者の緊急かつ長期的な問題を処理している。

。放射線科 (Radiotherapy)

ソーシャルワーカーは癌患者やその家族に対して、情緒的、実地的な支援を行う。ワーカーは末期看護——ホスピス——への調整、連絡を計り、死別過程で苦しむ家族に密接な接触を維持する。

。末期看護支援チーム (Terminal Care Support Team)

末期症状——痛み、嘔吐、不安——などの諸症状には、高度の技術的対応が要求されるが、この段階で医師、ソーシャルワーカー、シスター、牧師によって支援チームが構成され、患者、家族、医療職員、パラメディカル職員に対して助言及び支援が与えられる。特にソーシャルワーカーは危機に頻し、死期に臨んでいる患者や家族に積極的な援助を提供する。

。眼科 (Ophthalmic Department)

ソーシャルワーカーは二名配属され、英国はもとより海外から来るあらゆる年齢層の眼疾患患者を扱っている。患者の出身地の法的及び民間団体の提供するサービスに関する多岐にわたる資源及び知識を活用し、特殊教育リハビリテーション、再雇用、経済援助、移転及び日常生活の具体的な支援を行う。同時に地方自治体に視力障害者の登録申請を行い、さらに視力喪失に伴う患者と家族の理解を助け、勇気を与え、コミュニティにある有効な支援資源や実際のな援助を活用させる。

。Cチーム

Cチームは九名のソーシャルワーカーをかかえ、多くの成人特殊専門疾患部門をカバーしている。常時一名ないし二名の実習学生を伴っている。

。心臓科 (Cardiology)

心疾患患者及び開胸術施行患者を扱うが、長年の心疾患による自信喪失感を回復させ、具体的には住居、雇用の斡旋、家族崩壊及び失望感の除去を試みる。

。緊急入院措置 (Casualty)

緊急を要する傷害のため、ソーシャルワーカーは即時、広範な社会的問題を扱うように要請される。この種の傷害については、患者が退院ないし他病棟に移管される前の四八時間収容の短期収容棟で処遇される。

。胸部疾患クリニック (Chest Clinic)

基本的には結核患者の治療のために設立されたものであるが、現在では気管支炎、肺気腫、癌疾患をも扱っている。ソーシャルワーカーは疾患に応じて現われる家族的、社会的な問題に対応し、しばしばクリニックに所属してい

る保健訪問員 (Health Visitor) と協力して業務を遂行する。

#### 。耳鼻咽喉科 (Ear, Nose and Throat)

一般的な耳鼻咽喉症状に合せて、喉頭癌も送致されてくる。ソーシャルワーカーは術後援助のため、患者が話のできる手術前に面談し、治療処置について十分相談をする。聾患者は特別サービスの受給のため直接ワーカーへ回される。

#### 。内科及び外科 (Medical and Surgical)

ソーシャルワーカーは三内科病棟と三外科病棟に配置されている。患者は検査と診断のために内科病棟に回される。当科にみられる顕著な疾患症状とソーシャルワーカーの対応は、①脳卒中——患者のニーズは障害順応にあるが、退院時には地方自治体の地域ソーシャルワーカー (Area Social Worker) との密接な連携を計り、コミュニティの資源を最大限に活用するように配慮される。②気管支炎及び肺炎——特に冬季の老人患者の保護に関わる問題であるが、老人医療保護、ホームサービス、住宅改善が要求される。③癌——不治の癌に直面して、患者は尊厳を維持し安息に死ねるように援助される。患者は家庭ないし末期治療ホスピスで介護を受けるが、死別家族を支援し、勇気を与えるなどである。

外科病棟に関しては、病床回転率が早く、ソーシャルワーカーは緊急手術の必要な待期患者リストを突合して入院順序を調整するよう要請されている。④一般切除術、結腸切除術、乳房切除術の施行により、身体的イメージの変化にともなう患者を援助し、他人の反応を克服するよう支援される。特にソーシャルワーカーの援助視点は術後の身体的、精神的回復の積極的な介入と、現実的な将来設計の構築にある。

#### 。神経科 (Neurology)

自律神経失調症、てんかん、多発性硬化症などの諸症状を有している患者を扱うので、ソーシャルワーカーは神経学的知識と感覚をもつことを要求される。殊に長期の神経障害によって起る役割変化、パーソナリティや経済的保障の変化に直面した患者を援助する。また適当なコミュニティのサービスを調整し、適時地域ソーシャルワーカーに連絡をとり移管する場合もある。

#### 。腎臓科 (Renal)

援助を必要とする患者は腎臓移植及び人工透析を待っている者で、ソーシャルワーカーはそのための計画を作成し、それを患者が採用できるかどうか査定する。患者は機器に固定された場合に情緒的な問題を持ち、また莫大な経済的負担及び職業的な問題をもつ。ワーカーは移植患者が移植の失敗にみまわれた場合の援助体制や腎臓提供者の幻想を抱いている場合の措置を検討する。このような場合にソーシャルワーカーは、腎臓チームの重要なメンバーとして包括的な観点に立って機能するよう要請されている。

#### 。D チーム

このチームは精神医学部門のスタッフと協同するもので、聖トーマス病院とサウス・ウエスタン病院を兼務する。例えばチームリーダーの場合、聖トーマス病院に一週間に三日、サウス・ウエスタン病院に二日という勤務体制である。五名のソーシャルワーカーが配置され医師と密接して機能している。精神科ソーシャルワーカーは対象を情緒障害者と精神病患者にしばって援助サービスを展開しており、彼らの業務は主に治療の説明や回復時の不安の除去、社会サービスの紹介、精神病や情緒障害による患者や家族の極度な緊張の緩和にある<sup>40)</sup>。

#### (ロ) サウス ウェス病院チームグループの特徴

この病院は基本的に老人医療サービスを機軸にして、老人性精神遅滞ユニット、老人疾患デーユニット、特殊呼吸



器疾患ユニットから構成されている。一名のソーシャルワーカーが老人疾患デーユニットに所属し、他は呼吸器疾患ユニットに配属されている。胸部疾患及び伝染性疾患、長期滞在病室の患者はソーシャルワーカーの主要なサービス対象である。特に老人疾患部ソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク報告及び査定をカルテに記入するよう義務づけられ、ワーカーは病室巡回後、医師、看護婦、パラメディカル職員との医療会議に参加しなければならない。このようにして患者の医療社会的、情緒的な状況が常時検討される。またソーシャルワーカーは地方自治体の住宅局長に、家屋の管理や転宅を申請し、患者がもとの住居に帰らない場合は、その家を捨てて転居の調整を行う。また退院前には、患者にとって有効な社会サービスや必要不可欠な援助が整えられ、それを保証するために他の病院のワーカーと協同する体制にある。家庭に退院した場合は頻繁に接触を保ち、また収容施設に収容された場合も訪問が続行される。

#### 。老人疾患デーユニット (Geriatric Day Unit)

デーユニットに所属しているソーシャルワーカーは、全患者の家庭訪問と病院職員や家族との情報交換を行う検討会議に出席するよう義務づけられている。またワーカーは老人がデーユニットで達成したことを、家族が実際に理解し期待がもてるように保証する。ほとんどの老人患者が、退院時なんらかのコミュニティの支援を受け、デーセンタ―に紹介されている。

#### 。胸部疾患病室 (Chest Wards)

胸部疾患患者の中には、老人疾患病室の患者と同様の問題をもつ老人が多くいる。胸部疾患患者の大部分は結核であるが、患者は数ヶ月間の入院生活を余儀なくされる。患者には多様な社会的、情緒的問題をもった住所不定者が多い。ソーシャルワーカーはそのような多面的な問題に対応し、具体的な社会サービスの紹介、斡旋を行っている。

## 。呼吸器疾患ユニット (Respiratory Unit)

このユニットの目的は重症の障害者に対する査定と医学的リハビリテーションを行うために、短期入院システムをとっており、全国から患者が集ってくる。そのためソーシャルワーカーは地理的に広範な領域を網羅し、患者が十分な援助を受けられるように、多くの地方自治体の社会サービス部と連携を計っている。<sup>(6)</sup>

### (イ) ツーティング ベック病院のソーシャルワークの特徴

この病院は聖トーマス保健地区の唯一の精神病院であり、急性、中期及び長期入院患者をかかえている。そして病院組織として麻薬中毒患者ユニット、デーホスピタル、リハビリテーションホステル、緊急措置ユニットが設置されている。病棟の全入院患者は入院後二、三日以内にソーシャルワーカーの面接を受ける。患者がすでにコミュニティのソーシャルワーカーと接触している場合は、当ソーシャルワーカーはその患者のケースを続行するが、必要な場合には病院ソーシャルワーカーに紹介される。患者の退院時のフォローアップは、次の条件を満たす場合にかぎり病院ソーシャルワーカーによって続行される。それは患者が①地域に知られていない場合、②児童をかかえたケースあるいは長期問題家族のケースでない場合、③老人、身体及び精神障害者に対するような長期間の支援を必要とするケースでない場合である。

病院の全部門をソーシャルワーク部が掌握し、当部が接触したコミュニティのケースも網羅する。病院ソーシャルワークの業務は、患者の定期的な社会状況査定、社会経歴聴取、家庭訪問及び家族状況査定、外出支援療法 (Outgoing supportive therapy) 短期及び長期にわたる精神療法、医師と共同による夫婦及び家族療法、病室グループや演劇療法、あるいはアルコール中毒患者の特殊グループを含めたグループワーク、老人や慢性疾患患者に対して経済的問題、借家及び財産問題、ホステルの提供など多岐にわたる具体的な介入を行っている。<sup>(6)</sup>

## (2) パーミシガム地域保健局クインエリザベス病院ソーシャルワークの実態

クインエリザベス病院は六二〇床有し、年間退院患者数一五、五〇〇名を数え、ウェストミッドランド地方唯一の基幹病院である。この病院はその性格上、多くの特別専門ユニット——腎臓移植、放射線治療、神経科及び神経外科、血液循環器科、心臓科——を附設している。

ソーシャルワーク部の職員構成は一名のティームリーダーとソーシャルワーク補助職員、六名の常勤ソーシャルワーカーで構成されている。病院ソーシャルワーカーは、既述したように一九七四年の国民保健サービス機構の改革時に、パーミシガム社会サービス部に組織替えされた。当部の年間ケース処理件数は、一九七七年に一、八六三件、一九七八年には二、一八一ケースを処理し、その数は入院患者数の一二パーセントに相当する。クインエリザベス病院のソーシャルワーカーは、医師の協同と業務配分にあたって次のようなシステムを採用した。すなわちソーシャルワーカーが医師と協同して機能する場合、医師への所属を選択システム (Pitch system) をとったこと、他は業務配分基準を院内に限らず、病院外に拡大するというとり入れシステム (intake system) を採用した。その結果ソーシャルワーカーの個人的、専門的な技能の開発を増す機会を提供し、引いては専門家としての関心を鼓舞することができるようになったと評価されている。ソーシャルワークの主要な対象は老人、身体及び精神的虚弱、脳卒中や切除術後の各種の障害であるが、七五才代及びそれ以上の年令層の老人には、特にこの部では高危機的対象者として最大の関心がはらわれ、現実的な援助を伴う社会環境状況の査定から現実生活での長期に及ぶ困難に至るまで、緊急ソーシャルワーク援助体制を敷いている。

ソーシャルワーカーの関心は疾病や障害、死亡が患者の社会的な問題を造成し、悪化させていることを強調し、患

者やその家族がコミュニティで機能しえない問題にまで援助の対象を拡大している。紹介経路は多方面に及ぶが、その大部分は医師や看護婦、時にパラメディカル職員との定期的な病室会議の出席時に発見され紹介される。他は患者、家族、友人、あるいはバーミンガム市内外の機関から直接回されてくる。この紹介経路は一般開業医、保健訪問員、保護監察官、学校長、保健社会保障省や住宅局の専門官、他病院のソーシャルワーカーや地域専門官 (Area Officers) などである。ケース手続は次のような段階で進められる。

①全ケースはソーシャルワーク部の規定用紙に氏名、年令、住所、医師名などできるだけ詳しく記入される。②その用紙は適当な仕切箱に入れられ、ティームリーダーによる分類後、部所属の事務官あるいは秘書によって登録される。カードインデックスが作られ、そのカードはアルファベット順にインデックスケースに入れられ保管される。③書類は書類ばさみにとじられ、ソーシャルワーカーによる査定を待つ。割り当て会議が毎日定時に行われる。④割り当て後、その書類は秘書に回され、ソーシャルワーカーのインシャルが入れられる。⑤査定のためその書類は再びティームリーダーに回され、一つの決定がなされる。すなわちケースの終結か、さらに詳しい資料が入手されるまで監視に附されるか、あるいは継続援助のためにソーシャルワーカーの再割り当てなどの決定が下される。そしてその書類は査定や割り当てに従って適当な活動が展開されるために再び秘書に帰される。以上がケースの受け入れ時とその後の経過であるが、さらに特筆すべきはこの病院では、クライエント、機関、ソーシャルワーカーそれぞれの段階で、その立場上のニーズを整理し、措置に関する順位を提起していることである。

。クライエントのニーズ

#### (1) 患者の危機的状况

④両親及び保護者の緊急入院による児童の放置

㊦両親及び保護者の入院前及び入院中の児童の病氣治療

㊧両親及び保護者が退院後児童の保護に適当でない状況

㊨配偶者及び保護者の緊急入院に伴う障害者や老人の放置

㊩精神科治療のための緊急入院を要する人

㊪不慮の災害、冠狀動脈血栓症、脳卒中、薬の過剰服用による緊急状況における患者や家族の助言と支援

(2) 心身の機能障害及び進行性疾患に悩む患者と家族と共に歩むこと。

(3) 老人や障害者のための環境改善。

(4) 死亡前、後の末期患者及びその家族と共に歩むこと

(5) 選択の余地のある資源体系の役立つ右記患者

(6) 高度な危機的状況に到らない、一般的に承認されたニーズをもつ患者。

#### 。機関のニーズ

(1) 危機にある患者に対して社会サービス部の責任の認知

(2) 高度な危機にある患者に対する診療部門の処置に関して正確な情報の活用、①治療を要する児童の入院処置 ㊰精神衛生法による病院入院措置 ㊱老人、身体障害者のリハビリテーション施設入所処置

(3) 患者のニーズに関する正確な査定をなす能力

(4) 病院診療職員とコミュニケーションサービスとの調整に関する効果的な連携

(5) 包括的な救済資源のインデックス作成

#### 。ソーシャルワーカーのニーズ

(1) 確信のおける定期的なスーパーヴィジョンと支援の確保

(2) 記録をとるための十分な時間の確保

(3) 事務室における管理行政業務時間、会議や会合、特別研究グループ出席のための十分な時間の保証

(4) より効果的な業務の推進のために、知識と技術を開発するための時間の確保<sup>(4)</sup>

以上の諸ニーズはそれぞれの立場でのニーズの種類と緊急度及び優先順位を確認し、領域及び範囲の明確化と責任を明らかにする上で有効な指針を提供している。

クインエリザベス病院のソーシャルワーカーの位置づけは、医師、看護婦との協同による治療チームを編成し、その構成員にソーシャルワーカーを不可欠の要員として組み入れている。治療チームにおけるワーカーの役割は、患者や家族が対応することができないと思われる社会的な問題にかかわり、他の機関の協力が要請されるような物質的、財政的問題に直接関係する。同時に情緒的な問題を含めて当病院では、对患者及び家族への具体的な対応策として、ワーカーの患者理解の視点を次のように整理している。①身体的、情緒的側面における疾病の短期的及び長期的影響の理解、②個人及び家族の関係や機能の強じんと脆弱さなどの全体状況の評価、③対個人的関係——夫と妻、両親と児童の関係での問題認識、④家族の情緒及び態度の問題原因への理解に向けて、家族を援助すること。このようにソーシャルワーカーは患者とその家族環境の理解と個人に関する知識を持つことにあり、そのために病院内外で患者やその家族と密接な接触を計り、問題について十分話し合い、支援し具体的な援助を提供するような柔軟なアプローチを試みる。

病院ソーシャルワーカーの医師及び看護婦など病院職員に対する役割は、患者や家庭環境についての情報を獲得し、病気によって引き起される社会的、個人的衝撃について助言し、また患者に関する情報を解釈し、分類する立場

にある。逆に医師及び看護婦のソーシャルワーカーに対する役割は、ワーカーが患者と現実的な処遇計画が立てられるように、医療状況においてできるだけ明確なアイデアをワーカーに与え、退院時には早々にワーカーに知らせ処遇計画の変更を助けるように努力されている。

さらにコミュニティサービスに対する関係では、ソーシャルワーカーは地域での援助資源の知識を獲得し、諸サービスの調整機能の責任を負う。すなわちワーカーは患者の利益を擁護するために、すべての機関がどんな役割を果たしており、どんな情報を活用しうるかという知識を熟知する立場にある。特に地域看護サービスや家庭療養を管理する一般開業医とは、効果的で親密な関係が要求され、早期退院、外来患者の管理、独居老人、障害者、慢性疾患患者の家庭看護など一般開業医との連携は深い。

## 2 病院ソーシャルワークの現況と考察

社会サービスの効果的運営は、ソーシャルワークの諸方法において訓練された、専門的な資格をもったソーシャルワーカーの活用にあるが、英国ではシームレスな改革——対人社会サービスの部局（保健、福祉、児童）の分散化を排除して、家族のもつニーズに対処する一本化した社会サービスの提供——以降、ソーシャルワーカーの教育と訓練の母体は、ソーシャルワーク教育訓練中央協議会（Central Council for Education and Training in Social Work）にあり、当協議会はソーシャルワーカーの教育訓練目標をソーシャルワーク実践のすべての領域に適合する共通の知識と技能を基盤とした、一般的（generic）なソーシャルワーカーの養成に努めている。さらに協議会は専門職資格（The Certificate of Qualification in Social Worker）をワーカーに附与している。この専門職資格はソーシャルワークの実践領域をすべて網羅し機能するように配慮され、特殊専門的（specific）ソーシャルワークの展開を志

向していない。すなわち業務と教育過程における特殊専門家によるサービスの分断と徴候中心アプローチを排除して、クライエントの状況を全体として把握するような包括的なアプローチがとられている。

病院ソーシャルワーカーの身分は、先述したように民間団体や保護監察機関で働くソーシャルワーカーを除いて、ほとんどのソーシャルワーカーは地方自治体に雇用されており公務員として給料を自治体から支給されている。病院ソーシャルワーカーは周知のようにレディーアルマナー (Almoner) と呼ばれたり、ホスピタルアルマナーと呼ばれたことがあったが、今日では一般的に病院ソーシャルワーカーと呼称されている。英国にある病院の三分の二には病院ソーシャルワーカーを配置し、大規模の病院には各診療科ごとにワーカーを置いている。病院ソーシャルワーカーの業務は患者の日常の心配事を始め、各種の問題を援助するのであるが、それらは住宅、職業、経済的な問題であったり、個人の情緒的な障害や家政的な問題であったりする。ソーシャルワーカーは疾病の奥に秘むこれらの問題を理解し、援助の糸口を見つけ出すのであるが、問題の調査、解釈、査定、意志交流など、対個人的技能を駆使することによって始めてその役割は果される。要するに病院ソーシャルワーカーは、国民保健サービス機構の再編時に、地方自治体社会サービス部に編入され、入院中の社会的な問題をもつ患者を援助すると同時に、患者が退院後コミュニティで円滑な社会復帰ができるよう諸機関との連絡、調整及び在宅患者の訪問を続行するよう要請されている。患者は入院、外来を問わず病人であるかぎり、彼らは病院ソーシャルワークサービスの適用範囲にあり、院内はもとよりコミュニティにあっても、生活諸条件の利益を得るためにワーカーの援助を利用できる。患者がワーカーの援助を最大限に活用できるように、ワーカーは同僚と共に社会サービス部の他の職員と密接な関係を維持し、特に老人や精神病患者の社会復帰には重要な役割を果たすように要求されている<sup>(4)</sup>。

いずれにしろ病院ソーシャルワーカーの機能や業務領域は、既存のケースワークやグループワークを含めて、地方



自治体の社会サービス部に対する法的責任の遂行を要請され、対個人社会サービスの業務を果している。すなわち精神病患者、老人、身体障害者の登録あるいは患者の回復期休暇の申請や手続、末期治療のためのホスピスやリハビリテーションへの手配、デーセンターの活用など広範な活動が期待されている。さらに住居のない患者に対する新宅の提供や老人及び障害者に対する家屋の改造など住宅局との折衝から、各種の民間組織の受け入れ、調整、例えば命の電話基金団体、赤十字団体、各種疾病組織団体——糖尿病患者会、関節炎、多発性硬化症、てんかんなどの組織——との連絡交渉など多様な活動を展開している。

英国の病院ソーシャルワークを概観し、わが国の医療ソーシャルワークの現状を比較するとき、ワーカーの業務視点や機能に顕著な差があるわけではないが、絶対的に異なる点は、医療サービス体制内におけるワーカーの確固たる組織と位置づけ、他機関との連携の組織化、ワーカーの資格の保証、患者観の相異である。保健サービスの国営化が単なる機構の単一化に伴う資源及び組織の能率化や効率化を果したというだけでなく、保健サービスと福祉サービスの協同と拡大を計り、保健サービスの主体と客体との民主的関係を開発し、殊にサービスの受給者たる患者の権利の確認と普遍化への貢献は計り知れないものがある。病院ソーシャルワークに限ってみれば、ティームアプローチによるソーシャルワーカーの機能は、単にきめの細かいサービスの提供と患者主体のソーシャルワークサービスの援助といった積極的な評価だけでなく、ソーシャルワーカーの病院内の位置づけと責任体制の明確化により、ワーカーの必置性と位座の確保に十分な働きをした。病院内組織がソーシャルワーカーを必要とし、ワーカー自身も自己の存在価値と責任を覚知し主体的に活動する。それはとりもなおさず他の医療スタッフの患者の社会生活上の困難に敏感に反応する体制が組まれる素地にもなった。さらに評価に価するものは病院ソーシャルワークの機能ないし役割が、病院の枠を越えてコミュニティに拡大していることである。国民保健サービスの本来の目的は、病院での長期に及ぶ入院治

療をできるだけさけ、コミュニティで治療しケアーサービスを提供するところにあったが、そのために積極的な地域資源の開発と制度化が果され豊富なサービスが供与されるようになった。ワーカーが患者サービスのために活用するコミュニティにある資源の豊富さはわが国の比ではない。地方自治体が用意しているサービスだけでも、訪問看護制度、ホームヘルプ、デーケアー、車による給食サービス、デーセンターやクラブ、輸送、回復期患者の休暇及び旅行、特別サービスチームの派遣、ラジオ、テレビ図書及びレクリエーションの便宜の供与、住宅の提供及び改造など相当な数におよぶ。これに民間団体の提供するサービスを加えると膨大なものになる。病院ソーシャルワークの固有の業務は未だ不明のままであり、またソーシャルワーク部の運営管理においても地域あるいは病院によってまちまちであるが、そこに認められている組織や活動は英国の長年の伝統と人間尊重の価値観を表現したものと解せられる。

#### 参考文献

- (1) Anthony Forder and Olive Keidan Penelope Hall's Social Services of England and Wales 1975, p 175.
- (2) T. H. Marshall Social Policy in the twenty Century (岡田藤太郎訳、社会政策—二十世紀英国における—一九八頁。
- (3) R. G. S. Brown The Changing National Health Service 1978, p 1.
- (4) R. A. B. Leaper Health, wealth and Housing 1980, p 117.
- (5) Anthony Forder and Olive Keidan op. cit, p 197.
- (6) Brian Abel Smith The Hospital 1964 (多田羅浩三、大和田建太郎共訳、英国の病院と医療) 四八一頁。
- (7) 市瀬幸平、イギリスの社会福祉、たいまつ社、一九七三、一〇五頁。
- (8) Muriel Brown Introduction to Social Administration in Britain 1979, p 50.
- (9) H. M. S. O National Health Service Reorganization : England 1972. (三友雅夫訳、英国の保健・医療計画) 二二頁。
- (10) R. G. S. Brown op, cit p 40~41.

- (1) H. M. S. O op, cit p 12.
- (2) Toy Parkinson A manual of England for the Oversea Doctor p. 1~4 Muriel Brown op, cit p. 51~55 Phyllis Willmott Consumers Guide to the British Social Services. 1978, p. 149~158.
- (3) H. M. S. O. op, cit p. 11.
- (4) Muriel Brown op. cit p. 50~57.
- (5) Brian Able Smith op, cit p. 18~19.
- (6) St. Thomas Hospital Social Work Department, Group Profile.
- (7) Profile of Social Work Team Based at South Western Hospital.
- (8) Toting Bec Hospital : Social Work Department.
- (9) Birmingham Social Services Department, Queen Elizabeth Hospital Social Work Department.
- (10) The Role of The Social Worker in the Hospital Caring Team.
- (11) London Borough of Islington, Social Services Department.

